

门诊慢特病病种待遇认定申请表

年 月 日

姓名		性别		年龄		<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
证件类型		证件号码			联系电话	
参保地区						
选择定点医院				申请人签名		
门诊慢特病病种名称 (代码)	(可添加)					
申报病种情况(符合 诊断标准项目)	医师签名: 认定机构名称(盖章): 年 月 日					
审批意见	CHS 中国医疗保障 CHINA HEALTHCARE SECURITY					
备注						

填表须知:

1. 此表适合对象为:恶性肿瘤(含白血病)门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核的参保患者。

2. 此表由个人填写,到二级及以上医保定点医疗机构进行诊断,由该院具有副高及以上技术职称的一线临床医师签字、并经该院医疗保险管理部门盖章确认。